



Centre Communal d'Action Sociale Ville de PLOUHINEC (Finistère)

Fiche d'inscription Personnes Fragiles ou Isolées

Date :

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Tél. : Port. :

* cocher la case correspondante

<input type="checkbox"/>	Personne âgée	<input type="checkbox"/>	Personne handicapée	<input type="checkbox"/>	Personne Isolée
--------------------------	---------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------

Nom du médecin traitant : Tél. :

Service intervenant à domicile :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

..... Tél. :

Signature de l'intéressé (e)

En cas d'inscription par une tierce personne, veuillez noter ci-dessous vos coordonnées :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. : Port. :

Signature